



DENTOSOPHIEZENTRUM
Franka Meuter

Chirurgische Leitlinien für die Zusammenarbeit zwischen Chirurgen und Therapeuten bei der Behandlung von Zungenbändern bei Kindern und Erwachsenen

VON: DR. SOROUSH ZAGHI – HNO- Arzt, SCHLAF-CHIRURG
& SANDA VALCU-PINKERTON – RDHAP.COM

Veränderungen des Zungenbändchens, die im Säuglingsalter unerkannt und unbehandelt bleiben, können später zu Sprach- und Schluckstörungen, Mundatmung, Unterentwicklung des Kieferskeletts und sogar zu Schlaf- und Atmungsstörungen im Rahmen einer oromyofaszialen Dysfunktion führen. Ein umfassendes Team für die Zungenbändchen Chirurgie erfordert einen entsprechend ausgebildeten Chirurgen sowie den Zugang zu einem unterstützenden Team, einschließlich myofunktioneller Therapie, Logopädie, Physiotherapie, Craniosacraltherapie, myofasziale Therapie, Ergotherapie, HNO- und Zahnmedizin, sowie Kieferorthopädie je nach den klinischen Gegebenheiten. Während die chirurgische Behandlung bei Neugeborenen und Kleinkindern allein mit postoperativen Dehnungen unterstützt wird, erfordert die Behandlung von Zungenbändchen bei Kindern und Erwachsenen eine prä- und postoperative Therapie, um eine optimale Heilung zu gewährleisten.

Hier schlagen wir Leitlinien für die Zusammenarbeit zwischen Chirurgen und Therapeuten bei der Behandlung von Zungenbändchen bei Kindern und Erwachsenen vor.

Leitlinie 1: Die Beurteilung des Zungenbändchens bei Kindern und Erwachsenen erfordert eine Bewertung der vorderen Zungenbeweglichkeit auf der Grundlage des Tongue Range of Motion Ratio (TRMR) sowie eine Beurteilung der submukösen Einschränkungen, welche die Beweglichkeit der hinteren zwei Drittel des Zungenkörpers beeinträchtigen können.

Leitlinie 2: Es ist wichtig, gewohnheitsmäßige kompensatorische Muster zu identifizieren, welche an die Anpassung an eine eingeschränkte Zungenmobilität geschuldet ist. Zu diesen Kompensationsmustern gehören die Aktivierung der Halsmuskulatur, Anhebung des Mundbodens und das Fehlen einer lingual-mandibulären (Zunge-Kiefer) Trennung bei den wesentlichen Bewegungen der Zunge.

Leitlinie 3: Ziel des Lösens des Zungenbandes bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen ist es, den Zungentonus herzustellen, die Zunge an die korrekte Haltung zu gewöhnen und die Beweglichkeit zu verbessern. Die Zunge sollte in Ruhe ständigen Kontakt mit dem Gaumen haben. Die Normalisierung eines reifen lingual-palatalen Schluckens muss am Ende der Behandlung erreicht sein. Als solches ist die prä- und postoperative orale myofunktionelle Therapie notwendig für eine optimale Vor- und Nachbehandlung nach einer Zungenband-Operation.

Leitlinie 4: Die Ziele der präoperativen myofunktionellen Therapie bestehen darin, ein Bewusstsein für die orale Haltung und die Zungenfunktionen zu schaffen, den Zungentonus zu verbessern und Kompensationsmuster zu beheben, welche die postoperative Genesung beeinträchtigen können (z. B. Anhebung des Mundbodens, Beteiligung der Halsmuskulatur, Unfähigkeit isolierte Bewegungen mit der Zunge auszuführen, ohne den Kiefer zu bewegen). Bei Kindern ist die aktive Beteiligung der Eltern entscheidend für die Optimierung des Erfolges des therapeutischen Programms.

Leitlinie 5: Die Wiederaufnahme der myofunktionellen Therapie ist für mindestens 2 Monate nach chirurgischem Eingriff notwendig. Die myofunktionelle Therapie nach der funktionellen Frenuloplastik bietet eine individuelle Betreuung des Patienten zur Optimierung der Genesung und Heilung, indem sie passive und

aktiven Wunddehnungen, sowie Krafttraining und Übungen zur Umschulung der Zungen- und Gesichtsmuskulatur gewährleistet. Myofunktionelle Therapie wird oft für ein Jahr oder länger (je nach Bedarf) fortgesetzt, um einen Rückfall dysfunktionaler oralmotorischer Gewohnheiten zu verhindern, die ausschließliche Nasenatmung zu fördern und die Gewöhnung an eine ideale orale Ruhestellung zu gewährleisten.

Leitlinie 6: Das Beheben kompensatorischer Muskel- und Gelenkverspannungen durch praktische manuelle Therapie (z. B. myofasziale Therapie, Craniosacrale Therapie, Osteopathie, orthopädische Physiotherapie, Massage und/oder chiropraktische Therapie) vor und nach einer Operation kann dazu beitragen, die Rehabilitation zu optimieren und dysfunktionale Haltungsmuster und Gewohnheiten zu verbessern, die sich als funktionell beeinträchtigte kompensatorische Verhaltensweisen zur Anpassung an myofasziale Lingualen Frenulum-Einschränkungen entwickelt haben.

Leitlinie 7: Das chirurgische Lösen des vorderen Zungenbändchens wird durchgeführt, während die Zunge nach oben gegen die oberen zentralen Schneidezähne vorgestreckt wird; das Lösen der hinteren Zungenbändeinschränkungen wird durchgeführt, während die Zunge im Gaumendach lingual-palatal angesaugt wird. Dies unterstreicht die Notwendigkeit einer präoperativen myofunktionellen Therapie. Prä- und postoperative Dokumentation der Zungenbeweglichkeit (die vordere Zunge wird gegen die oberen zentralen Schneidezähne gehalten und die Zunge lingual-palataler angesaugt) kann für Fallbesprechungen hilfreich sein.

Leitlinie 8: Wir empfehlen eine nicht-traumatische Freilegung des Lingualen Gewebes, bei der es nicht zu Verätzungen, Verbrennungen oder Verletzungen der umliegenden oder tieferen Strukturen kommt. Unabhängig davon, ob der Behandler eine Schere oder einen Laser verwendet, ist es von entscheidender Bedeutung, dass nur restriktive Fasern freigelegt werden und dass ein übermäßiger oder wahlloser Einsatz eines Kauters vermieden wird. Der Behandler muss in der Lage sein, den Verlauf des Nervus Lingualis sowie der tiefen Lingualarterie und -vene zu erkennen, um Verletzung zu vermeiden. Darüber hinaus sollte der Behandler wissen, dass eine tiefe Dissektion der myofaszialen Fasern des submukösen Genioglossus zwar zu einer gründlicheren Freisetzung führen kann, jedoch ein erhöhtes Risiko für Blutungen und mögliche Narbenbildung besteht. Die Patienten leiden häufig in den ersten 3 bis 5 Tagen unmittelbar nach dem Eingriff unter stärkeren akuten Schmerzen.

Leitlinie 9: Die Platzierung von einfach unterbrochenen Nähten mit resorbierbarem 4-0 Chromic-Naht oder 6-0 Seralene fördert die Heilung durch die primäre Absicht, die Neigung zu restriktivem Narbengewebe und Wiederanheftung zu verringern. Wird kein Nahtmaterial für den Wundverschluss verwendet oder fallen die Fäden vorzeitig aus (früher als nach 3-5 Tagen), sind Wunddehnungen erforderlich, um die Heilung durch sekundäre Wundheilung zu optimieren und Wundnarben und Kontraktion zu vermeiden. Andere Nahtmaterialien, wie Nylon und Vicryl, wurden von anderen in dieser Technik geschulten Chirurgen mit zufriedenstellenden Ergebnissen verwendet. Normales Nahtmaterial scheint jedoch nicht geeignet zu sein, um die Wundspannung zu halten, die erforderlich ist, um des primären Verschlusses während der akuten Heilungsphase zu unterstützen.

Leitlinie 10: Bei Patienten mit eingeschränktem Zungenraum in der Mundhöhle und/oder eingeschränktem hinteren Atemwegsraum wird eine gründliche Untersuchung der oberen Atemwege vor der Trennung des Zungenbandes empfohlen. Methoden zur Beurteilung hinteren Atemwege können eine Kegelstrahl-CT und/oder eine flexible Laryngoskopie sein. Patienten mit weniger als 1 cm Platz im hinteren Luftweg oder deren Oberkiefer zu klein ist für ausreichend Platz für die Zunge im Gaumen, wird empfohlen, sich einer kieferorthopädischen, alternativ dentosophischen Behandlung zu unterziehen, bevor das Zungenband gelöst wird.

Franka Meuter MSc
Zahnärztin
Dentosophiezentrum
Schloßstraße 2
67146 Deidesheim
Te. 06326 700 2640
www.dentosophie-franka-meuter.de